FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

No 21

Traitement chirurgical des varices

par l'inclusion intra-musculaire étagée de la saphène interne et des paquets variqueux

---

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 11 Juin 1943

PAR

FABRE Léopold

né le 1er septembre 1908 à St-Saturnin-les-Avignon (Vaucluse)

Ancien Interne de l'Hôpital Desbief (Marseille)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

MM. FIOLLE Professeur, *Président*
MOIROUD Professeur
RECORDIER Agrégé
LUCCIONI, chirg. des Hôpitaux

Assesseurs

Editions M. LECONTE
98. Cours Lieutaud 98
MARSEILLE
———1943———

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N°

Traitement chirurgical des varices

par l'inclusion intra-musculaire étagée de la saphène interne et des paquets variqueux

---

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 11 Juin 1943

PAR

FABRE Léopold

né le 1er septembre 1908 à St-Saturnin-les-Avignon (Vaucluse)

Ancien Interne de l'Hôpital Desbief (Marseille)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

MM. FIOLLE Professeur, *Président*
MOIROUD Professeur
RECORDIER Agrégé
LUCCIONI, chirg. des Hôpitaux
Assesseurs

Editions M. LECONTE
98. Cours Lieutaud 98
MARSEILLE
1943

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PERSONNEL DE LA FACULTE MIXTE

DE

MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL. *Assesseur :* F. MERCIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MM. MOITESSIER, CASSOUTE, OLMER, GAUJOUX, COTTE, AUBARET

Chargés de Cours honoraires : TIAN,

Secrétaire : J. COMTE *Bibliothécaire :* Mme PEROL

Professeurs

Anatomie	N...
Anatomie pathologique et Pathologie expérimentale.	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI
Chimie médicale	ROCHE
Clinique chirurgicale	FIOLLE
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	HECKENROTH.
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	MATTEI
Cliniqne Médicale	MONGES
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique obstétricale	VAYSSIERE
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique urologique	CHAUVIN
Histoire naturelle	N....
Histologie	ROMIEU
Hygiène générale et coloniale	VIOLLE
Médecine légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie Chirurgicale	MOIROUD
Pharmacodynamie et Matière médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	MORIN
Physique	CHEVALIER
Thérapeutique	POINSO.
Professeur sans chaire	DUBOULOZ
Professeur sans chaire	SAUTET
Professeur sans chaire	POURSINES

Chargés de cours

Clinique dermatologique ..... VIGNE
Hydrologie clinique et thérapeutique ..... PIERI

Agrégés en exercice

MM.

BERTHIER
BALANSARD
BRAHIC
FIGARELLA
ARNOUX
CHOSSON

MM.

DELPHAUT
R. IMBERT
PAILLAS
AUDIER
DOR
RECORDIER
SALMON

Chargés des fonctions d'agrégé

Chimie médicale ..... DERRIEN
Physiologie ..... DONNET

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie descriptive et topographique ..... SALMON
Chimie minérale ..... ARNOUX
Clinique de la tuberculose ..... BERTHIER
Clinique des maladies contagieuses ..... PERIOT
Clinique chirurgicale infantile ..... IMBERT
Clinique stomatologique ..... ACHARD
Clinique gynécologique ..... FIGARELLA
Médecine opératoire ..... DOR
Microbiologie (Pharmacie) ..... BOYER
Neuro-Chirurgie ..... ARNAUD
Obstétrique ..... CHOSSON
Pharmacodynamie (Pharmacie) ..... DELPHAUT
Psychiatrie ..... ALLIEZ
Toxicologie ..... GUILLOT

A MA MERE, A MON PERE

Deux dévouements continuels, deux volontés tendues vers le même but, des années de sacrifices.

Combien je regrette la pauvreté des mots incapables de dire l'immensité de ma reconnaissance et de mon affection.

Puissè-je leur ressembler pour être digne d'eux.

A MA FILLE

Elle est ma raison de vivre, ma raison d'aimer. Si je lui donne l'aide, qu'elle m'apporte l'espérance.

A MA FEMME

Je me souviendrai toujours de tout ce qu'elle m'a donné et de ce que je lui dois.

A MON ONCLE ET MA TANTE

M. et Mme Célestin BOURGET

Leur appui m'a aidé à lutter, leur confiance m'a soutenu, l'exemple de leur vie me guide.

Que leur douce affection me reste.

A Monsieur l'Abbé VIGNE

Curé de Saint-Saturnin-lès-Avignon

En m'élevant à l'honneur de « fils spirituel », puisse-t-il me donner au moins une des qualités du père.

A Madame et Monsieur Auguste GARÇIN

Leur amitié m'est infiniment précieuse.

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. FIOLLE

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien des Hôpitaux

En lui demandant de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse, nous avons tenu à lui manifester notre reconnaissance et notre respectueuse gratitude pour les conseils précieux dont, depuis des années, nous bénéficions à son contact quotidien.

Nous le remercions d'avoir, en acceptant, bien voulu nous donner ce gage de sympathie.

A Monsieur le Docteur Alphonse MICHEL

Chirurgien des Hôpitaux
Chirurgien de l'Hôpital DESBIEF

Durant sept ans, nous avons eu l'honneur d'être son interne. A ce titre seul nous lui devrions notre profonde reconnaissance, si nous n'avions été que son élève.

Des circonstances tragiques nous ont séparés brusquement, dont la genèse échappait à notre double volonté.

Notre regret de ces années passées sera toujours sincère.

A Monsieur le Docteur François LUCCIONI

Chirurgien des Hôpitaux

Joignant la science du maître à la cordialité de l'ami, il a facilité notre tâche et l'élaboration de ce travail dont les qualités seront siennes.

Qu'il en accepte le modeste et reconnaissant hommage.

A MM. LES PROFESSEURS

MERCIER, MOIROUD, OLMER, VAYSSIERE

A MM. LES PROFESSEURS AGREGES

AUDIER, DOR, RECORDIER

qui durant nos études, nous ont manifesté une très grande bienveillance.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES HOPITAUX

A MON JURY DE THESE

A Monsieur Charles SOUBEYRAND

Directeur de l'Hôpital DESBIEF

Sa paternelle affection a aidé nos premiers pas dans la vie médicale.

A MM. LES DOCTEURS

HAUGER, BAUDOIN, PALIARD, FARNARIER

PENEL, NICOLAS

Médecins de l'Hôpital DESBIEF

Respectueux hommage.

A Madame TRAMOIS

Directrice de la Clinique Espérandieu

Son autorité et son amabilité nous ont rendu sa collaboration aussi utile qu'agréable.

A MM. SWATON et TARRAZI

Directeurs des Services d'Assistance Médicale de l'Armement
Directeur de la Cie d'Assurance Mutuelle Générale Française
Directeurs de la Clinique Espérandieu

Leur largesse d'esprit et leur compréhension m'ont fait estimer leur aide et apprécier leur amitié.

A Monsieur Denis CHAMBON

Vice-Président de la Chambre de Commerce de Marseille
Gérant de la Cie de Navigation Chambon
Président des S.A.M.A. et de la Clinique Espérandieu

En nous acceptant parmi les médecins des S.A.M.A., il nous a permis d'exercer notre profession dans le milieu maritime, où nous comptions déjà tant d'amis.

Nous ne le remercierons jamais assez de cette activité que nous lui devons, et qui nous est si précieuse par son enseignement.

Introduction

Il nous a paru intéressant d'étudier, après un recul de deux ans, les résultats obtenus par la méthode de l'enfouissement musculaire des varices, selon la technique qui vient d'être mise au point par le Dr Luccioni, chirurgien des hôpitaux.

Nous montrerons, d'après l'étude de nos observations, que les résultats obtenus ont été excellents et qu'ils pouvaient être mis en parallèle avec ceux des méthodes chirurgicales habituellement utilisées.

Huit malades ont été opérés par cette méthode, dont six depuis plus d'un an.

Parmi ces malades, deux ont été opérés par M. le Docteur Alphonse Michel, Chirurgien des Hôpitaux, que nous remercions ici de nous avoir confié ces observations.

Le plan de notre travail comprendra les chapitres suivants :

1° - Principe de la méthode.

2° - Technique opératoire.

3° - Indications.

4° - Etude des résultats et observations.

5° - Conclusion.

Principe de la méthode

Il paraît admis actuellement de rattacher les varices à un « fléchissement des parois des veines superficielles mal étayées latéralement », dont la déformation qui en résulte entraîne secondairement l'écart des éléments de chaque valvule.

Ce fléchissement des parois veineuses semble résulter, comme l'a montré Delater (1), dans son beau livre sur les maladies des veines, d'un déséquilibre des glandes à sécrétion interne. S'il porte en général, sur tout l'ensemble du système veineux, il n'évolue que dans les parties exposées aux actions de la pesanteur (membres inférieurs), ou à celle d'une gêne circulatoire par obstacle mécanique (hémorroïdes). L'incontinence des valvules, invoquée surtout par Delbet et Mocquot, ne paraît être qu'un phénomène secondaire à la dilatation primitive des veines.

D'autre part, cette dilatation ne se produit, au début tout au moins, que dans les veines superficielles, qui entourées seulement de tissu cellulaire sous-cutané, sont privées de tout soutien. Elles subissent plus aisément que les veines profondes l'effet de la pression du sang venu des artères et surtout celle de la pesanteur, dirigée en sens inverse.

Il est démontré qu'il n'existe que des varices superficielles. Les varices profondes ne surviennent que tardivement et exceptionnellement.

Or, si les varices apparaissent à la faveur d'un trouble tissulaire des veines uniquement superficielles, c'est que celles-ci ne sont pas « étayées » comme le sont les veines profondes,

(1) G. Delater. Les maladies de veines et leur traitement. Masson, édit.

par un coussinet musculaire et par la tension des aponévroses superficielles et profondes.

Le but de notre méthode consiste précisément à enfouir les veines variqueuses dans un lit musculaire et aponévrotique de telle sorte que la contraction des muscles et la tension de l'aponévrose redonneront aux parois veineuses leur fonction propulsive.

On atteint très simplement ce but en enfouissant les veines dilatées, tout le long de leur trajet, dans une incision pratiquée dans l'aponévrose et dans les muscles de la jambe et de la cuisse.

Cet enfouissement dans la profondeur, des veines superficielles, est rendu très aisé par l'allongement des veines variqueuses.

Une fois bien enfouies dans le fond du muscle, on suture par-dessus la veine : muscle, aponévrose et peau.

Après l'opération, la varice se trouve complètement soutenue par un manchon musculaire. La varice est en quelque sorte camouflée, mais sa paroi est « étayée » par une gaine non seulement solide, mais aussi tonique.

De « passive », la paroi de la veine est redevenue « active ».

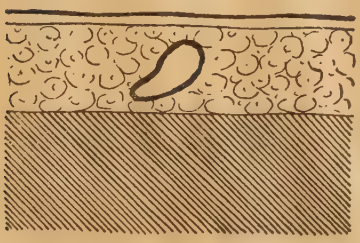
On peut ainsi enfouir la saphène interne depuis la malléole jusqu'à son embouchure dans la fémorale. Mais, il est préférable de se contenter, comme nous l'avons fait, de pratiquer plusieurs enfouissements étagés. Cette modalité a pour avantage d'éviter une trop longue incision inesthétique, comme celle de Terrier et Alglave, mais surtout elle permet de « couder » ces veines en plusieurs endroits, ce qui remédie, dans une certaine mesure, à l'insuffisance des valvules, en réduisant l'action du poids de la colonne sanguine sus-jacente et de la pesanteur.

Après l'opération, le tronc de la saphène a un trajet en chicane, cheminant tantôt dans le tissu cellulaire superficiel, tantôt dans les muscles sous-jacents.

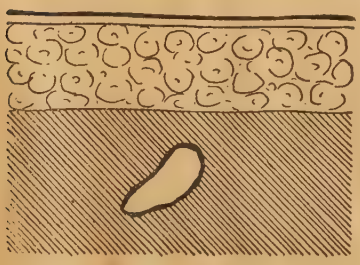
L'idée de redonner une tonicité aux parois des veines variqueuses, n'est pas nouvelle. Cecca de Bologne (1), avait

(1) R. Cecca (Bologne). Traitement des varices par une nouvelle méthode. *Journal de Chirurgie*, Tome I, Année 1908, page 1.013.

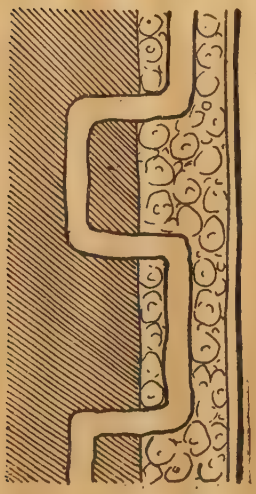
Principe de la Méthode



La veine chemine normalement dans les tissus cellulaires sous-cutanés.



Après l'opération, la veine se trouve complètement entourée par une gaine musculaire. Sa paroi est étayée par un manchon non seulement résistant mais aussi tonique. De passive, la paroi de la veine est redevenue active.



L'enfouissement intra musculaire étagé de la saphène interne permet de couder la veine en plusieurs endroits, ce qui remédie dans une certaine mesure à l'insuffisance des valvules.

Le trajet en chicane brise, en effet, la colonne sanguine sus-jacente, et réduit l'action de la pesanteur.

préconisé en 1908 l'enfouissement de la saphène interne. Le chirurgien italien se contentait de disséquer le tronc veineux dilaté, d'inciser l'aponévrose au-dessous de lui et enfouissait le cordon variqueux sous cette aponévrose qu'il suturait par-dessus. Dans quelques cas même, Cecca enfouissait la veine dans le muscle.

En 1911, Vianay (1) suivait à peu près la même technique. Il associa à l'enfouissement sous-aponévrotique la résection de quelques cordons variqueux. Son procédé ne s'adressait qu'à la dilatation serpentine pas trop accentuée des veines, ou encore du tronc seul de la saphène interne, jambière ou crurale. L'auteur avait opéré trois cas, suivis pendant plus d'un an, dont les résultats avaient été satisfaisants.

A la même époque, Katzenstein de Berlin (2) avait proposé l'inclusion intra-musculaire des veines variqueuses. Il pensait ainsi faire disparaître les dilatations variqueuses en facilitant le reflux du sang veineux, grâce à la contraction musculaire. Katzenstein décrit lui-même son procédé de la façon suivante :

« Je commence à mettre à nu, à l'aide d'une incision appropriée de la peau, les tumeurs variqueuses que j'ai soin d'isoler. Puis, après avoir fendu l'aponévrose, je divise, par dissection mousse, le tissu musculaire lui-même suivant la direction de ses fibres, pour loger dans la brèche ainsi formée, la veine dilatée. Le muscle est ensuite refermé, par-dessus cette veine, au moyen d'un jet continu de catgut, et l'on termine l'opération par la suture de l'aponévrose et de la peau ».

L'auteur avait opéré six malades, atteints de varices très développées et qui bénéficièrent tous d'un excellent résultat.

Ce qui différencie notre procédé de ceux de Cecca et de Katzenstein porte surtout sur les points suivants :

Premier point. — Alors que le chirurgien allemand semble enfouir les paquets variqueux les plus apparents, mais sans sièges bien déterminés, nous préférons enfouir de façon systématique la plus grande partie du tronc de la saphène interne, qui joue vis-à-vis des veines superficielles le rôle de collecteur principal.

---

(1) Vianay. *Congrès de Chirurgie* de 1911.

(2) Katzenstein (de Berlin). *La Semaine Médicale* du 20 octobre 1909, n° 42, page 496.

Car nous pensons qu'en augmentant les contractions de ce collecteur, il doit se faire un appel du sang des veines avoisinantes vers la saphène.

En effet, grâce à la situation et à la forme des valvules qui ne permettent le cours du sang que dans le sens centripète, toute compression d'une veine tend à chasser le sang vers le cœur. Cette veine une fois vide, pour se remplir à nouveau, fait appel au sang contenu dans les collatérales y aboutissant et dans sa portion inférieure non intéressée par la compression.

Cette hypothèse se trouve confirmée par les résultats que nous avons obtenus. Nous avons constaté, au cours de nos observations, la disparition ou tout au moins la diminution considérable des paquets variqueux avoisinant la saphène, que nous avions cependant respectés.

Bien mieux, nous avons remarqué que cette diminution de la dilatation variqueuse s'améliorait dans les suites éloignées, après la reprise normale de la marche, c'est-à-dire après la mise en jeu habituelle des contractions musculaires. Cette amélioration progressive et éloignée des résultats est un des faits les plus dignes d'être notée de ce procédé.

Deuxième point. — Une autre particularité du procédé que nous préconisons, consiste en ce que l'enfouissement de la saphène ne se fait pas sur toute l'étendue de la veine, ce qui nécessiterait une trop longue incision : inesthétique et délabrante. Il se fait par étages.

Ce fractionnement de l'enfouissement de la saphène a pour effet de couder cette veine en plusieurs endroits et de lui donner ainsi un trajet en « chicane », puisqu'elle chemine tantôt dans le tissu cellulaire interstitiel, tantôt dans les muscles sous-jacents. Ces multiples coudures de la saphène permettent dans une certaine mesure de « fractionner » le poids de la colonne sanguine sus-jacente et de remédier ainsi à l'insuffisance des valvules qui doivent, en fragmentant la colonne sanguine, la soutenir et l'empêcher de peser de tout son poids sur les veines situées inférieurement.

Technique opératoire

L'opération peut se pratiquer sous anesthésie générale, ou sous anesthésie locale.

Le tracé des incisions pour l'enfouissement intra-musculaire étagé de la saphène interne, se trouve sur une ligne droite allant d'un point situé un travers de doigt en dedans du milieu de l'arcade fémorale à la malléole interne.

On pratique quatre enfouissements : le premier situé au-dessous du triangle de Scarpa, le deuxième au-dessus du genou, le troisième au niveau du tiers supérieur de la jambe et le quatrième au-dessus de la malléole interne.

Pour chaque enfouissement, on emploiera strictement la même technique opératoire.

Les incisions cutanées, dont la direction et le niveau sont déjà fixés, auront chacune de 5 à 7 cm. de long.

Après l'incision de la peau, on dissèque la veine variqueuse de façon à la rendre entièrement mobile sur toute la longueur de la plaie opératoire. Toutefois, on s'efforcera de conserver le plus possible les collatérales.

On incise ensuite l'aponévrose sous-jacente suivant une direction identique à l'incision cutanée. On dissocie le muscle dans la direction de ses fibres, jusqu'à une profondeur de 2 cm.

On place la veine qui a été disséquée dans le fond du lit musculaire ainsi formé et on suture le muscle par-dessus, de telle sorte que la veine fasse un coude à son entrée et à sa sortie de la masse musculaire.

Lorsque cet enfouissement musculaire est terminé, on suture par-dessus, au catgut, le plan aponévrotique. On termine par la fermeture, sans drainage, de la peau, soit par des points séparés aux crins, soit par des agrafes Michel.

S'il existe d'autres dilatations variqueuses sur le reste de la jambe ou de la cuisse, on peut les « enfouir » de la même façon Mais en général, celà est inutile, car elles disparaissent spontanément après l'opération, comme nous l'avons observé chez tous nos opérés et plus particulièrement sur le malade de l'observation I, qui a vu ainsi totalement disparaître des volumineux paquets situés à la partie supérieure de la face antérieure de la jambe et sur le mollet. Le malade de l'observation VII n'a plus présenté, après l'opération, un volumineux paquet variqueux coupant transversalement la face antérieure du genou, et qui avait été respecté.

Si on trouve des paquets variqueux particulièrement volumineux, en dehors du tronc de la saphène interne et ayant un trajet oblique par rapport à la direction des muscles sous-jacents, comme de ce fait leur enfouissement est rendu impossible, rien n'empêche de les enlever par le procédé classique. Ainsi, au malade de l'observation VI, nous avons associé à l'enfouissement de la saphène, la résection d'un énorme paquet variqueux de la grosseur du poing qui siégeait au niveau de la région sus-rotulienne. Au malade de l'observation VIII qui présentait de volumineuses dilatations en « grappe de raisin » au niveau du creux poplité, nous avons procédé à leur ablation, par une incision oblique.

Eventuellement, si les dilatations variqueuses sont peu étendues, on pourra se contenter de pratiquer seulement un enfouissement sur la cuisse ou sur la jambe, au lieu de deux. Nous avons procédé ainsi pour le malade de l'observation VIII.

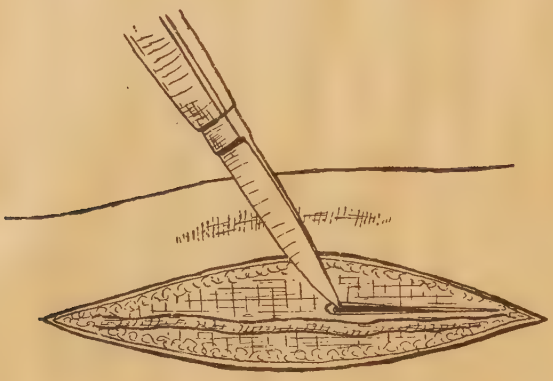
Technique Opératoire.

Tracé des Incisions - L'enfouissement musculaire de la saphène variqueuse est pratiqué à quatre niveaux differents.

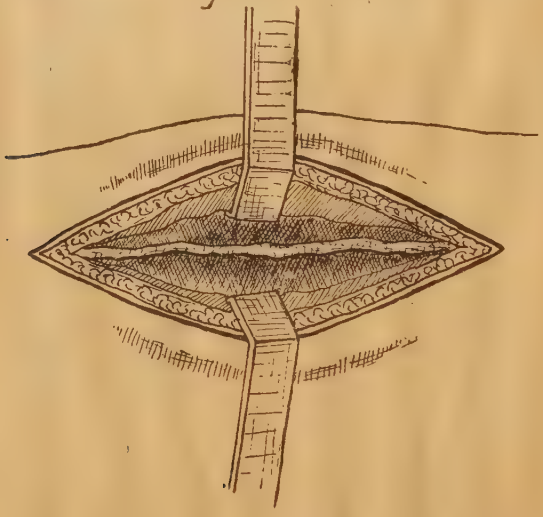
Les incisions cutanées ont une longueur de 5 à 7 centimètres, et sont situées sur le trajet de la saphène interne.

La première un peu au dessus de la malléole interne, la deuxième au tiers supérieur de la jambe, la troisième au dessus du genou, et la quatrième au dessous du triangle de Scarpa.

Technique Opératoire "suite"

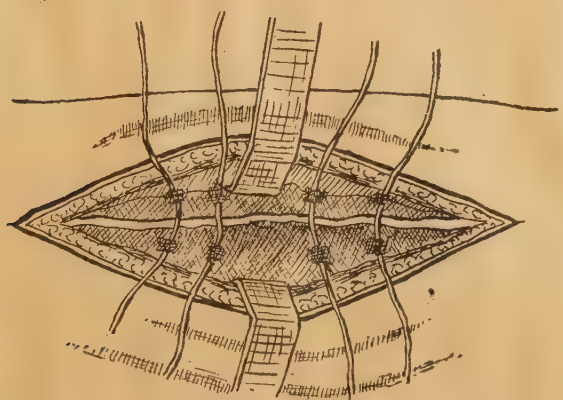


La peau étant incisée, le cordon variqueux est mis à nu, disséqué et rendu parfaitement mobile. On incise ensuite l'aponévrose sous-jacente et on dissocie le muscle dans la direction de ses fibres.

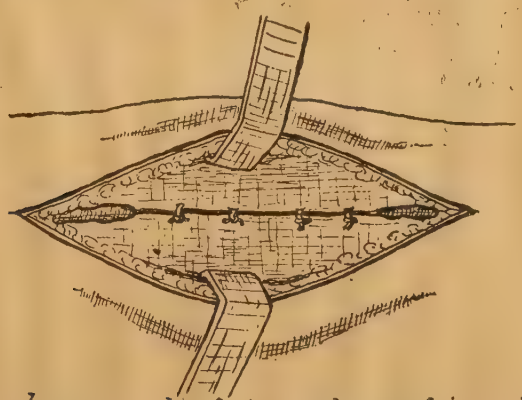


On place la veine disséquée dans le fond du lit musculaire qui a été ainsi formé.

Technique Opératoire "suite"



On suture, au catgut, le muscle par dessus la veine, de telle sorte qu'elle fasse un coude à son entrée et à sa sortie du lit musculaire.



Lorsque cet enfouissement musculaire est terminé, on suture par dessus, au catgut, le plan aponévrotique.

L'Opération est terminée par la fermeture, sans drainage, de la peau, soit par des points séparés aux crins, soit par des agrafes Michel.

Indications

Cette méthode obéit aux mêmes indications que les autres méthodes chirurgicales.

Elle bénéficie, par conséquent, des contre-indications et des échecs de la méthode sclérosante.

Cependant, il y a intérêt à ne pas enfouir les varices compliquées de périphlébite importante.

Etude des Résultats et Observations

Dans l'ensemble, les résultats sont les suivants :

I° - Disparition des dilatations veineuses, ou tout au moins diminution très considérable, dès le lendemain de l'intervention.

Ainsi que nous l'avons écrit dans un chapitre précédent, cette diminution des varices s'accentue dans les jours qui suivent, surtout après la reprise complète de la marche, et au cours d'une activité redevenue normale.

II° - Les douleurs, lorsqu'elles étaient dues aux varices, ont disparues. Tous nos malades ont pu reprendre leurs occupations que certains avaient été obligés d'abandonner. En particulier les malades des observations II et VI avaient été contraints de renoncer à leurs métiers de manœuvre pour l'un, et de puisatier pour l'autre.

La malade de notre observation V présentait en dehors de ses varices, un rhumatisme poly-articulaire chronique. Naturellement ses douleurs articulaires ont persisté après l'intervention, bien que paradoxalement diminuées.

III° - Les troubles trophiques d'origine variqueuse, dont certains malades étaient porteurs, ont pour la plupart complètement disparus.

Le malade de l'observation I qui présentait des troubles trophiques importants et un vieil ulcère variqueux, a vu son ulcère se cicatriser dans la quinzaine qui suivit l'intervention. Depuis deux ans pas de récidive.

La plaie contuse atone du malade de l'observation VIII, qui siégeait au niveau du cou de pied et qui « trainait » depuis 38 jours, fut cicatrisée 10 jours après l'intervention.

OBSERVATION I

Monsieur S... François, 68 ans, gardien de nuit, est hospitalisé à l'Hôpital de la Conception, Service de Monsieur le Professeur Fiolle, du 2 au 25 avril 1941.

Entre pour troubles trophiques importants du membre inférieur gauche avec pigmentation de la peau et ulcère variqueux dont l'origine est ancienne. Présente des énormes varices de tout le système saphène interne, des malléoles à la cuisse, dilatées en réseau au niveau du mollet. Paquets variqueux particulièrement volumineux à la partie supérieure de la face antérieure de la jambe.

Le 7 avril 1941 : Intervention par le Dr Luccioni. Assistant Dr Séraphino. Anesthésie locale à la syncaïne à 1 pour 200. On pratique deux enfouissements de la saphène à la cuisse et deux à la jambe.

Cicatrisation de l'ulcère dans la quinzaine qui suit. Cicatrisation des plaies opératoires par première intention. Disparition des réseaux variqueux qui n'ont pas été opérés. Le résultat se maintient depuis deux ans.

OBSERVATION II

Monsieur Z... B..., 30 ans, manœuvre, est hospitalisé à l'Hôpital de la Conception, Service de Monsieur le Professeur Fiolle, du 23 mai au 11 juin 1941.

Entre pour énormes paquets variqueux de la jambe droite, qui le font souffrir à tel point qu'il a été obligé d'abandonner son métier.

Le 28 mai 1941 : Intervention par le Dr Luccioni. Assistant Dr Séraphino. Anesthésie générale à l'éther. On pratique quatre enfouissements de la saphène interne : deux au niveau de la cuisse, deux au niveau de la jambe, suivant la technique décrite.

Les suites opératoires ont été excellentes. La cicatrisation s'est effectuée par première intention. On a vu disparaître tous les volumineux paquets variqueux, même ceux qui n'avaient pas été enfouis. Le malade ne souffre plus et a repris ses occupations.

OBSERVATION III

Monsieur G... Lucien, 43 ans, marin (garçon à bord), hospitalisé à l'Hôpital P. Desbief, Service de Monsieur le Dr Alph. Michel, du 28 mai au 12 juillet 1941.

Entre pour ulcère variqueux, des dimensions d'une pièce de cinq francs, situé au niveau de la face dorsale du cou de pied droit et pour petites plaques d'eczéma de la cuisse droite. On constate d'autre part, des volumineuses varices des deux jambes beaucoup plus marquées à droite qu'à gauche.

Une réaction de Bordet-Wassermann pratiquée le 30 mai, dans le sang, est négative. Le 15 juin, l'ulcère variqueux est cicatrisé.

Le 20 juin 1941 : Intervention par le Dr Michel. Assistant Dr Fabre. Anesthésie générale à l'éther. Enfouissement de la saphène interne du membre inférieur droit, en quatre zones suivant la technique décrite.

A sa sortie de l'Hôpital, le 12 juillet 1941, présentait une petite désunion de la plaie opératoire, sur une longueur de un cm., au niveau du tiers inférieur de la cuisse. Les trois autres incisions étaient cicatrisées par première intention. Cicatrisation totale le 9 septembre. A repris ses occupations, très satisfait des suites opératoires. Décédé un an après d'un cancer digestif.

OBSERVATION IV

Monsieur P... Alexis, 44 ans, matelot de la marine marchande, hospitalisé à l'Hôpital P. Desbief, Service de Monsieur le Dr Alph. Michel, du 7 au 24 juillet 1941.

Entre pour se faire opérer des varices de la jambe droite, parce qu'il vient d'être refusé à une visite médicale d'embarquement à cause de cette affection. M. P... présente en effet un cordon variqueux de la face interne de la jambe droite ainsi que des petites varices à gauche. Il ne souffrait pas, et n'avait jamais ressenti aucune gêne.

Le 9 juillet 1941 : Intervention par le Dr Michel. Assistant Dr Fabre. Anesthésie générale à l'éther. On pratique quatre enfouissements de la saphène interne.

La cicatrisation a été obtenue par première intention. Il ne persiste plus la moindre dilatation veineuse. Quitte l'Hôpital 15 jours après l'opération. Nous l'avons revu un an après avec des suites magnifiques. Et d'après ses dires actuels, il a toujours travaillé avec « souplesse et agiilté ».

OBSERVATION V

Madame F... Marie, 48 ans, ménagère, hospitalisée à l'Hôpital de la Conception, Service de Monsieur le Professeur Fiolle, du 25 novembre au 10 décembre 1941.

Entre, sur les indications de Monsieur le Professeur Recordier, pour se faire opérer des varices qui la font souffrir. A l'examen, on constate des volumineuses varices sinueuses sur la face interne de la cuisse et de la jambe gauche. L'origine de cette affection est très ancienne, mais il semble qu'il y ait eu une accentuation des signes à la suite d'une hystérectomie pratiquée en 1936. Ces varices sont très douloureuses. La malade est obligée de s'allonger fréquemment. Pas d'ulcère variqueux. Présente en outre, du rhumatisme poly-articulaire chronique.

Le 26 novembre 1941 : Intervention par le Dr Luccioni. Assistant Dr Séraphino. Anesthésie générale à l'éther. On pratique suivant la technique habituelle deux enfouissements de la saphène interne à la cuisse et deux autres à la jambe.

Quitte le service quinze jours après. Cicatrisation par première intention. Disparition totale des varices. Il persiste seulement quelques douleurs articulaires qui ont été néanmoins paradoxalement atténuées à la suite de cette intervention.

OBSERVATION VI

Monsieur G... Franco, 55 ans, puisatier, hospitalisé à la Clinique Espérandieu du 13 au 24 juillet 1942.

Entre, suivant les prescriptions du Dr Luccioni, pour être opéré des varices du membre inférieur droit. M. G... a subi 15 ans auparavant une saphénectomie à droite et à gau-

che. Il présente en effet, sur chaque jambe, une cicatrice d'incision de Terrier et Alglave. Sur chacune de ces cicatrices, est branché une cicatrice postérieure qui part du creux poplité et se dirige vers la partie moyenne du mollet. Le malade qui avait été d'abord amélioré dans les années qui suivirent l'opération, a vu réapparaître progressivement ses varices. Depuis deux ans, elles sont énormes.

La récidive est trois fois plus marquée sur le membre inférieur droit que sur le gauche. Il existe de volumineux paquets tout le long de l'ancien trajet de la saphène interne crurale. D'autre part, on constate sur la jambe droite, un paquet de la grosseur du poing, au niveau de la région sus-rotulienne et plusieurs autres moins accentués au niveau de la face postérieure et externe du mollet.

Depuis six mois, le malade se plaint de douleurs assez violentes dans les jambes, principalement à droite. Il doit interrompre son travail à plusieurs reprises. Monsieur G... réclame instamment l'intervention pour pouvoir reprendre son métier. Il n'a présenté aucune maladie digne d'être notée.

Le 13 juillet 1942 : Intervention par le Dr Luccioni. Assistant Dr Fabre. Anesthésie générale à l'éther. On opère seulement le côté droit et on fait quatre incisions, de 7 cm. chacune, étagées le long de l'ancien trajet de la saphène interne. On trouve plusieurs cordons veineux au lieu et place du seul tronc veineux saphène interne. Ces veines sont excessivement dilatées. Elles sont isolées et enfouies dans le muscle suivant notre procédé. En fin d'intervention, on résèque le volumineux paquet variqueux qui se trouvait dans la région sus-rotulienne.

Cicatrisation par première intention. Le malade guéri, quitte la clinique le 12e jour. Il a été revu en août et en décembre 1942. Toutes les dilatations variqueuses qui se trouvaient le long de la face interne du membre, ont complètement disparues. Seules quelques dilatations veineuses, sont à peine perceptibles le long de la face externe de la jambe et ont considérablement diminués d'août en décembre 1942. M. G... ne souffre plus et a pu reprendre son travail.

OBSERVATION VII

Monsieur O... Etienne, 39 ans. Surveillant du parc des sports, hospitalisé à la Clinique Espérandieu du 1er au 10 octobre 1942.

Entre pour être opéré des varices de la jambe droite. Depuis vingt ans, présente des varices des deux jambes, mais de tout temps elles ont été beaucoup plus prononcées à droite qu'à gauche. On constate en effet à gauche : quelques varices au niveau de la jambe et à droite : de grosses dilatations variqueuses tout le long de la saphène interne, s'étendant en réseau sur le mollet. Volumineux paquets variqueux coupant transversalement la face antérieure du genou.

Ces varices étaient douloureuses et la station debout sur place, à laquelle était souvent astreint M. O... était particulièrement pénible. Le malade avait remarqué que lorsqu'il marchait, il souffrait moins. Demande à être opéré afin de pouvoir continuer son travail. A présenté, il y a quatre ans, un ulcère variqueux qui, cicatrisé n'a pas récidivé.

Le 1er octobre : Intervention par le Dr Luccioni. Assistant Dr Fabre. Anesthésie générale à l'éther. On pratique quatre enfouissements de la saphène interne suivant la méthode que nous préconisons.

Quitte la Clinique le 10e jour, cicatrisé par première intention. Les résultats sont remarquables : disparition complète de toutes les varices et de toute douleur. A pu reprendre quelques jours après son travail. Revu dernièrement, soit plus de sept mois après son intervention : les résultats sont toujours excellents.

OBSERVATION VIII

Monsieur F... Charles, 43 ans, marin (maître d'hôtel à bord), hospitalisé à la Clinique Espérandieu du 6 au 29 mai 1943.

Monsieur F... présente depuis 18 ans des varices au niveau du creux poplité droit, qui augmentent peu à peu de volume et s'étendent à la face interne de la jambe. Ces varices s'accompagnent de douleurs, d'œdème, de sensations de lourdeur et de fatigue. Ces troubles gênaient considérablement le malade dans l'exercice de sa profession, qui nécessite la station debout pendant de longs instants.

Le 1er avril 1943, il fait une chute à bord, du haut d'une passerelle. Présente de multiples plaies contuses superficielles et en particulier une petite plaie au niveau de la crête tibiale droite, à son tiers inférieur, avec rupture d'une veine, qui a entraîné une hémorragie assez abondante. Vu en consultation, adressé par sa Compagnie de Navigation, le 27 avril 1943.

On constate : 1° - une plaie atone, à allure variqueuse, des dimensions d'une pièce de un franc, au niveau de la crête tibiale droite, à son tiers inférieur ; 2° - de volumineuses varices ampullaires en « grappe de raisin » du creux poplité droit. Ces varices s'étendent sur la face interne de la jambe. Au niveau de la cuisse, la saphène paraît normale. A gauche, on note quelques dilatations peu marquées de la saphène interne au niveau du mollet. L'état de santé de M. F... étant excellent, on décide une intervention.

Le 8 mai 1943 : intervention par le Dr Luccioni. Assistant, Dr Fabre. Anesthésie générale à l'éther. On pratique deux incisions : l'une au niveau du tiers inférieur de la cuisse, l'autre à la partie moyenne de la jambe. Par la technique habituelle on enfouit la saphène variqueuse dans le plan musculaire. Ensuite, par une incision cutanée oblique, au niveau du creux poplité, on découvre le paquet variqueux principal. Etant donné le volume de ces dilatations et leur situation sur une veine accessoire croisant transversalement le creux poplité, on pratique leur ablation.

Dix jours après, on évacue un petit hématome à la partie moyenne de la plaie opératoire de la jambe. On constate la cicatrisation de la plaie atone siégeant au niveau de la crête tibiale, qui avait motivé la consultation initiale du malade. Ce dernier se lève le 12e jour. Toutes traces de dilatation veineuse ont disparues. Le 29 mai 1943, après vingt jours, la cicatrisation totale est obtenue. M. F... marche sans fatigue et sans douleurs. Il quitte la Clinique et est renvoyé à sa Compagnie de Navigation.

Conclusions

1° - Le procédé d'enfouissement musculaire des varices, qui avait été préconisé il y a quelques années par Cecca et Katzenstein et qui était tombé depuis dans l'oubli, a été repris par le Dr Luccioni, qui a apporté des modifications techniques qui lui ont permis d'obtenir d'excellents résultats.

2° - Ce procédé vise à redonner aux parois veineuses atones une tonicité qui leur faisait défaut, grâce à la contraction musculaire et à la tension aponévrotique agissant sur les veines enfouies.

3° - Le mécanisme de l'intervention semble être confirmé par l'absence habituelle de varices profondes.

4° - Les coudures successives imposées à la saphène interne par son enfouissement musculaire étagé, diminuent l'action du poids de la colonne sanguine sus-jacente et remédient ainsi, dans une certaine mesure, à l'insuffisance valvulaire.

5° - Cette méthode bénéficie des mêmes indications opératoires que les autres méthodes chirurgicales.

Vu et approuvé.
Le Président du Jury :
FIOLLE

Vu et approuvé.
Le Doyen :
L. CORNIL.

Vu et permis d'imprimer
Aix, le 7 Juin 1943
Le Recteur :
MARTINO

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.